



Les informations que vous nous communiquez resteront confidentielles et seront conservées dans votre dossier médical

# QUESTIONNAIRE ORTHODONTIE ADULTE

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| Age : |\_|\_| ans

Adresse : .....

Code Postal : |\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Téléphone ☎ : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| E-mail : .....

Sécurité sociale : ..... Mutuelle : .....



\*\*\*\*\*



Avez-vous déjà eu un traitement orthodontique auparavant ? Oui  Non

Si oui merci de nous préciser la durée de votre traitement ainsi que le nom du praticien .....

Nom de votre chirurgien-dentiste ? .....

\*\*\*\*\*

Quel est le motif de votre consultation ?

Un contrôle ?  Oui  Non

Un souci fonctionnel ?  Oui  Non

Un souci esthétique ?  Oui  Non

Une douleur ?  Oui  Non

Autre motif : .....

Avez-vous déjà eu un traumatisme cranio-facial ? (Traumatisme crânien, dents cassées...) ? Oui  Non

Avez-vous déjà eu une maladie parodontale (gencives) ? Oui  Non

Avez-vous été opéré des amygdales ? Oui  Non  Des végétations ? Oui  Non

Existe-t-il des habitudes déformations (succion, position bouche ouverte, tétée de la langue, se ronger les ongles ..)

Oui  Non

Si oui, laquelle ? .....

Quels sont vos antécédents médicaux ?

Diabète Oui  Non  Maladie de la glande thyroïde Oui  Non

Asthme Oui  Non  Maladies des reins Oui  Non

Maux de tête/problème ORL Oui  Non  Maladie des poumons Oui  Non

Maladies nerveuses Oui  Non  Cancer Oui  Non

Maladies cardio-vasculaires Oui  Non  Déficit immunitaire (HIV) Oui  Non

Maladie de l'estomac ou de l'intestin Oui  Non  Jaunisse – Hépatite Oui  Non

Maladies du sang Oui  Non  Epilepsie Oui  Non

Maladies de la peau Oui  Non  Spasmophilie Oui  Non

Dépression Oui  Non

Avez-vous d'autres informations à porter à notre connaissance (exemple : grossesse ...) ?

.....

Merci de nous signaler tout changement concernant votre état de santé et /ou vos traitements médicaux, ainsi que tout changement d'ordre administratif.

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données personnelles vous concernant auprès de votre chirurgien-dentiste.

Date :

Signature du responsable financier :

